





### SAMTYCKNAD OCH UNDERSKRIFT

Jag samtycker till att en kopia av svaret skickas till social-/patientombudsmannen.

Namnet på den som framställer anmärkningen

Adress

Telefon

Datum

Underskrift och namnförtydligande av den som **framställer** anmärkningen

### TILLÄGGSUPPGIFTER